

严重残疾人士家居照顾服务

申请表

请将申请表直接传真至负责营办机构（请在下列适当的空格加上剔号）

<input type="checkbox"/>	东华三院	香港 (中西南区及离岛、东区及湾仔)	电话: 2803 2103 传真: 2803 2145 电邮: lkhcs@tungwah.org.hk
<input type="checkbox"/>	循道卫理杨震 社会服务处	九龙(1) (九龙城及油尖旺区、深水埗、将军澳)	电话: 2337 9966 传真: 2337 906 电邮: khcs@yang.org.hk
<input type="checkbox"/>	基督教家庭服务 中心	九龙(2) (观塘、黄大仙)	电话: 3996 8515 传真: 3996 8514 电邮: rhc@cfsc.org.hk
<input type="checkbox"/>	香港耀能协会	新界(1) (沙田、大埔及北区、西贡)	电话: 2602 8900 传真: 2699 4070 电邮: ntehss@sahk1963.org.hk
<input type="checkbox"/>	保良局	新界(2) (荃湾、元朗及天水围)	电话: 2154 3818 传真: 2154 3889 电邮: homecare.nt@poleungkuk.org.hk
<input type="checkbox"/>	邻舍辅导会	新界(3) (屯门、葵涌及青衣)	电话: 2618 0411 传真: 2618 0198 电邮: tohc@naac.org.hk

I. 申请服务

服务种类	<input type="checkbox"/> 个人照顾	<input type="checkbox"/> 护理照顾	<input type="checkbox"/> 复康训练
	<input type="checkbox"/> 护送服务	<input type="checkbox"/> 家居暂顾服务	<input type="checkbox"/> 照顾者支援服务

II. 申请人个人资料

1. 姓名	(英) _____ (中) _____				
2. 性别 / 出生日期	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 / 年 月 日				
3. 香港身份证号码	或豁免登记证明书号码:				
4. 居住地址及 联络电话 / 电邮	地址:			电话:	
5. 居住地区	<input type="checkbox"/> 中西区	<input type="checkbox"/> 南区	<input type="checkbox"/> 离岛	<input type="checkbox"/> 东区	<input type="checkbox"/> 湾仔
	<input type="checkbox"/> 深水埗	<input type="checkbox"/> 九龙城	<input type="checkbox"/> 油尖旺	<input type="checkbox"/> 将军澳	
	<input type="checkbox"/> 观塘	<input type="checkbox"/> 黄大仙			
	<input type="checkbox"/> 沙田	<input type="checkbox"/> 大埔及北区	<input type="checkbox"/> 西贡		
	<input type="checkbox"/> 荃湾	<input type="checkbox"/> 元朗及天水围			
	<input type="checkbox"/> 葵涌及青衣	<input type="checkbox"/> 屯门			

6. 就读学校 (如适用)	<input type="checkbox"/> 特殊学校 <input type="checkbox"/> 特殊学校寄宿服务 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ 学校名称: _____ 所属类别: <input type="checkbox"/> 肢体伤残儿童学校 <input type="checkbox"/> 严重智障儿童学校 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____
7. 现正接受的服务 (可选择多项)	<p><input type="checkbox"/>无</p> <p>社区支援服务:</p> <input type="checkbox"/> 残疾人士地区支援中心 <input type="checkbox"/> 暂顾住宿服务 <input type="checkbox"/> 严重肢体伤残人士综合支援服务 (现金津贴) <input type="checkbox"/> 严重肢体伤残人士综合支援服务 (综合到户支援服务) <input type="checkbox"/> 日间社区康复中心 <input type="checkbox"/> 严重伤残人士日间照顾服务 <input type="checkbox"/> 综合家居照顾服务 (体弱个案) <input type="checkbox"/> 家居支援服务 <input type="checkbox"/> 改善家居及社区照顾服务 <input type="checkbox"/> 长者日间护理中心 <input type="checkbox"/> 长者社区照顾服务券 <input type="checkbox"/> 特殊幼儿中心 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ <p>职业康复服务 / 日间训练:</p> <input type="checkbox"/> 综合职业康复服务中心 <input type="checkbox"/> 综合职业训练中心 <input type="checkbox"/> 残疾人士辅助就业培训 <input type="checkbox"/> 庇护工场 <input type="checkbox"/> 展能中心 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ <p>住宿服务:</p> <input type="checkbox"/> 私营院舍 <input type="checkbox"/> 自负盈亏院舍 <input type="checkbox"/> 辅助宿舍 <input type="checkbox"/> 严重肢体伤残人士宿舍 <input type="checkbox"/> 中度智障人士宿舍 <input type="checkbox"/> 严重残疾人护理院 <input type="checkbox"/> 严重智障人士宿舍 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ <p>医疗服务:</p> <input type="checkbox"/> 精神科住院服务 <input type="checkbox"/> 非精神科住院服务 <input type="checkbox"/> 日间医院服务 <input type="checkbox"/> 门诊服务, 请注明: _____
8. 是否正轮候政府资助院舍	<input type="checkbox"/> 是, 请注明资助院舍类别: _____ <input type="checkbox"/> 否

III. 有关残疾及健康问题的资料

1. 肢体伤残	<input type="checkbox"/> 并非肢体伤残 <input type="checkbox"/> 四肢瘫痪 <input type="checkbox"/> 下肢瘫痪 <input type="checkbox"/> 左 / 右半身不遂 <input type="checkbox"/> 大脑瘫痪 <input type="checkbox"/> 缺失上或下肢 <input type="checkbox"/> 缺失手 / 脚掌或手 / 脚趾 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ <input type="checkbox"/> 附上医疗报告
---------	--

2. 智障	<input type="checkbox"/> 并非智障	<input type="checkbox"/> 极度严重	<input type="checkbox"/> 严重	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 轻度
	心理评估日期: 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 附上心理评估报告				
3. 其他残疾 (可选择多项)	<input type="checkbox"/> 言语障碍	<input type="checkbox"/> 听觉受损 / 弱听	<input type="checkbox"/> 视觉受损 (<input type="checkbox"/> 失明 / <input type="checkbox"/> 弱视>)		
	<input type="checkbox"/> 自闭症	<input type="checkbox"/> 唐氏综合症	<input type="checkbox"/> 精神病, 请注明: _____		
	<input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____				
4. 疾病 / 健康问题	若有, 请注明: _____				
5. 活动能力	<input type="checkbox"/> 自行走动	<input type="checkbox"/> 需要他人搀扶走	<input type="checkbox"/> 以复康用具辅助走动 (在家)		
	<input type="checkbox"/> 需卧床	<input type="checkbox"/> 需用轮椅 (外出)			
6. 现正接受的治疗	<input type="checkbox"/> 职业治疗	<input type="checkbox"/> 物理治疗	<input type="checkbox"/> 言语治疗	<input type="checkbox"/> 护理服务	
	<input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____			<input type="checkbox"/> 不适用	

IV. 照顾者资料

- 「主要照顾者」是指为申请人提供照顾或协助的家人，包括父母、家属或亲人。
- 「其他照顾者」是指会提供协助的邻居、朋友，或受聘照顾申请人的家庭佣工，但不包括院舍或医院职员。

照顾者类别	姓名	性别 / 年龄	关系	是否同住	职业	联络电话
(a) 主要照顾者						
(b) 其他照顾者						

V. 转介者资料

个案编号: _____

转介单位: _____

转介者姓名: (中) _____

转介机构: _____

(英) _____

电话 / 传真: _____

日期: _____

备注

年满 60 岁或以上的严重残疾人士可自由选择接受 (1)「严重残疾人士家居照顾服务」/「严重肢体伤残人士综合支援服务」或 (2) 为长者提供的「综合家居照顾服务 / 改善家居及社区照顾服务 / 长者日间护理中心 / 长者社区照顾服务券」, 惟申请者须接受相关评估以决定其资格, 亦不可在同一时间接受两个类别的服务。60 岁以下的严重残疾人士, 则视乎资格只可选择使用「严重残疾人士家居照顾服务」或「严重肢体伤残人士综合支援服务」。为避免服务重叠, 申请人 / 监护人 / 受委人须在申请服务时向服务营办机构提供没有使用其他津助非政府机构同类服务的相关声明, 并同意服务营办机构联络其他相关机构以核实资料。